

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE N° 200

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 9 février 1899, à 1 heure*

Par GABRIEL MORNAC

Né à Clermont-Ferrand, le 14 juin 1875

DE

L'HYGROMA SOUS-DELTOÏDIEN

*Président : M. GUYON, professeur.*

*Juges : MM. } CHANTEMESSE, professeur.  
                  } MÉNÉTRIER et ALBARRAN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVÉ ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899



200

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1899

# THÈSE

N°

---

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 9 février 1899, à 1 heure*

Par GABRIEL MORNAC

Né à Clermont-Ferrand, le 14 juin 1875

---

DE

## L'HYGROMA SOUS-DELTOÏDIEN

---

*Président : M. GUYON, professeur.*

*Juges : MM. } CHANTEMESSE, professeur.  
                  } MÈNÉTRIER et ALBARRAN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



---

PARIS  
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

---

1899

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                        |               |
|------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Doyen.</b> . . . . .                                                | M. BROUARDEL. |
| <b>Professeurs</b> . . . . .                                           | MM.           |
| Anatomie. . . . .                                                      | FARABEUF.     |
| Physiologie . . . . .                                                  | CH. RICHEL.   |
| Physique médicale. . . . .                                             | GARIEL.       |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . .                           | GAUTIER.      |
| Histoire naturelle médicale. . . . .                                   | BLANCHARD.    |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                         | BOUCHARD.     |
| Pathologie médicale. . . . .                                           | HUTINEL.      |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                       | DEBOVE.       |
| Anatomie pathologique. . . . .                                         | LANNELONGUE.  |
| Histologie. . . . .                                                    | CORNIL.       |
| Opérations et appareils . . . . .                                      | MATHIAS DUVAL |
| Matière médicale et pharmacologie. . . . .                             | TERRIER.      |
| Thérapeutique . . . . .                                                | POUCHET.      |
| Hygiène . . . . .                                                      | LANDOUZY.     |
| Médecine légale. . . . .                                               | PROUST.       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    | BROUARDEL.    |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          | LABOULBENE,   |
|                                                                        | CHANTEMESSE.  |
| Clinique médicale. . . . .                                             | POTAIN.       |
|                                                                        | JACCOUD.      |
|                                                                        | HAYEM.        |
|                                                                        | DIEULAFOY.    |
| Maladie des enfants. . . . .                                           | GRANCHER.     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               | FOURNIER.     |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. . . . . | JOFFROY.      |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      | RAYMOND.      |
|                                                                        | DUPLAY.       |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         | LE DENTU.     |
|                                                                        | TILLAUX.      |
|                                                                        | BERGER.       |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      | PANAS.        |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                     | GUYON.        |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                      | PINARD.       |
|                                                                        | BUDIN.        |

## Agrégés en exercice.

| MM.            |              |           |           |
|----------------|--------------|-----------|-----------|
| ACHARD.        | DESGREZ      | LEJARS    | THIROLOIX |
| ALBARRAN.      | DUPRE        | LEPAGE    | THOINOT   |
| ANDRE          | FAURE        | MARFAN    | VAQUEZ    |
| BONNAIRE       | GAUCHER      | MAUCLAIRE | VARNIER   |
| BROCA (AUG.)   | GILLES DE LA | MENETRIER | WALLICH   |
| BROCA (ANDRÉ). | TOURETTE     | MERY      | WALTHER   |
| CHARRIN        | HARTMANN     | ROGER     | WIDAL     |
| CHASSEVANT     | LANGLOIS     | SEBILEAU  | WURTZ     |
| PIERRE DELBET  | LAUNOIS      | TEISSIER  |           |
|                | LEGUEU       | THIERRY   |           |

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décem. 1<sup>re</sup> 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien de l'hôpital Necker

Membre de l'Institut

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

DE

# L'HYGROMA SOUS-DELTOÏDIEN

---

## INTRODUCTION

M. le professeur agrégé Legueu ayant récemment opéré un volumineux hygroma de la bourse sous-delhoïdienne, voulut bien attirer notre attention sur ce sujet. Dès nos premières recherches, nous fûmes frappé de la pauvreté de la littérature médicale sur ce sujet. Aussi, nous aidant de nos observations, avons-nous essayé de tracer un tableau clinique bien défini des inflammations qui peuvent se rencontrer dans la bourse séreuse sous-delhoïdienne.

Mais avant de commencer ce modeste travail, nous tenons à remercier les maîtres qui, pendant le cours de nos études, nous ont aidé de leurs conseils, et fait profiter de leur expérience. Tout d'abord que nos maîtres de Clermont, MM. les professeurs Gagnon, Tixier, Fouriaux Pojolat, Planchard, veuillent bien recevoir tous nos remerciements pour l'intérêt qu'ils n'ont cessé de nous mon-

trer : nous leur en sommes profondément reconnaissant. M. le professeur agrégé Legueu, qui a bien voulu nous diriger dans ce travail, nous permettra de lui exprimer nos sentiments de vive reconnaissance, pour ses conseils éclairés et son précieux enseignement.

Nous ne saurions oublier MM. les D<sup>rs</sup> Alb. Robin et Faisans, ainsi que tous nos maîtres des hôpitaux de Paris. Que M. le professeur Guyon daigne agréer nos plus sincères remerciements pour l'honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

## APERÇU ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

La bourse séreuse qui nous occupe porte différents noms suivant les auteurs ; les uns l'appellent bourse acromiale, les autres bourse sous-deltoïdienne. En réalité, c'est la même bourse, car, comme nous le verrons, elle est située également au-dessous de l'acromion et au-dessous du deltoïde. Si, en effet, on détache le muscle deltoïde de son insertion humérale ; et si on le relève avec précaution de bas en haut ; on se trouve en présence d'un espace triangulaire, rempli par du tissu cellule-fibreux qui, en se doublant, formera les parois de la bourse. C'est dans ce tissu lâche que rampent les vaisseaux et nerfs circonflexes. Les parois du triangle sont formées : en dedans par la voûte coraco-acromiale et le muscle sus-épineux qui s'engage sous cette voûte, par le ligament acromio-coracoïdien ; en dehors, par les tendons des muscles sous-épineux et petit rond, qui viennent s'insérer sur la grosse tubérosité de l'humérus. En avant, on découvre en allant de haut en bas et de dedans en dehors, la courte portion du biceps, le coraco-brachial, et le tendon du grand pectoral. Le centre de ce triangle comprend la

capsule articulaire, qui s'attachant d'un côté au bourrelet glénoïdien et de l'autre au col anatomique de l'humérus, est renforcée à la partie supérieure par les tendons élargis des muscles qui s'insèrent aux tubérosités de l'humérus. C'est dans cet espace, entre la portion supérieure de la capsule articulaire d'une part ; et d'autre part la face inférieure de l'acromion, du ligament acromio-coracoïdien, et du deltoïde, qu'est située la bourse séreuse sous-delhoïdienne.

Cette bourse se présente sous l'aspect suivant : à partir du bord externe du ligament acromio-coracoïdien, on voit un tissu cellulaire dense, serré, qui s'étend de ce bord sur la capsule articulaire, où il offre le plus d'épaisseur, environ six à huit dixièmes de millimètre. Il recouvre ensuite la face supérieure et la face externe de la grosse tubérosité de l'humérus ; mais à partir du bord externe de cette tubérosité, ce tissu cellulaire, qui forme une des parois de la bourse, s'amincit, devient transparent, et se confond avec le tissu cellulaire sous-delhoïdien. En dedans, il se continue aussi avec le tissu cellulaire situé sous la face profonde des pectoraux ; et en arrière, avec celui qui entoure les muscles s'insérant à la grosse tubérosité humérale. Cette bourse séreuse peut donc être considérée comme un dédoublement de la couche cellulo-fibreuse qui tapisse la face profonde du muscle deltoïde.

Elle nous présente à étudier deux feuillets et la paroi qu'ils circonscrivent. Le feuillet inférieur, s'accolant à la capsule articulaire, recouvre le ligament coraco-huméral, le ligament gléno-huméral supérieur, les tubérosités de l'humérus et les tendons qui s'y insèrent. Le feuillet supé-

rieur est accolé à la voûte coraco-acromiale, et à une partie de la face profonde du muscle deltoïde. Mais la cavité de la bourse n'existe véritablement qu'au centre, entre la capsule en bas, l'acromion et le deltoïde en haut.

D'après M. Tillaux, cette cavité peut contenir environ 30 grammes de liquide; du reste ses dimensions sont en rapport avec celles de l'extrémité supérieure de l'humérus. D'après Gauthier elle mesurerait : Diamètre transversal à la partie supérieure, 5 centimètres; à la partie inférieure, 2 centimètres 1/2. Dans son grand diamètre elle peut atteindre 7 à 8 centimètres. Pour terminer cet aperçu anatomique, nous ajouterons que, chez le vieillard, la bourse sous-deltoïdienne communique souvent avec l'articulation de l'épaule. Elle peut aussi communiquer avec la bourse sous coracoïdienne en avant, et la bourse du sus-épineux en arrière.

*Physiologie.* — Cette bourse séreuse joue un rôle important dans la physiologie des mouvements de l'épaule; car elle sert à favoriser les contractions du deltoïde, et à adoucir les frottements de ce muscle sur la capsule de l'articulation. Il existe en effet, en dehors de l'articulation scapulo-humérale proprement dite, une seconde articulation entre la face inférieure de la voûte acromio-coracoïdienne, et l'extrémité supérieure de l'humérus recouverte par son périoste et par ses tendons. Tous les mouvements de l'articulation scapulo-humérale s'accompagnent de mouvements correspondants dans cette seconde articulation, extérieure à la première; c'est-à-dire que l'extrémité supérieure de l'humérus glisse dans tous les sens au-dessous de la cavité acromio-coracoïdienne. Donc, toutes les lé-

sions de la Bourse sous-deltoïdienne produiront une gêne des mouvements du bras et surtout des mouvements d'abduction. En effet, dit M. Gauthier: « sur un sujet normal, l'humérus s'éloigne du tronc et atteint l'horizontale, sans que la pointe de l'omoplate fasse la moindre saillie sous la peau. Si l'on enlève le deltoïde, le mouvement d'abduction se passe tout entier dans l'articulation scapulo-humérale jusqu'à 45°. Au delà de cet angle, on voit la bourse séreuse se plisser sur la face externe de la grosse tubérosité; et le pli est d'autant plus prononcé que l'angle formé par le tronc et le bras augmente ».

En somme, à partir de 45°, le mouvement d'abduction se passe et dans l'articulation scapulo-humérale, et dans la voûte acromio-coracoïdienne. Et si maintenant on fixe au moyen d'une forte épingle les parois de la séreuse contre le trochanter, on constate que le mouvement d'abduction n'est plus possible sans que l'omoplate soit entraînée à partir de 45°.

Cette expérience prouve nettement le rôle et la nécessité de l'intégrité de la bourse sous-deltoïdienne dans l'exécution des mouvements du bras, principalement ceux d'abduction.

## HISTORIQUE. DÉFINITION

C'est dans les *Conférences cliniques de Robert*, qui parurent en 1860, que nous avons trouvé la première observation d'hygroma sous-delhoïdien à grains riziformes. Gosselin, dans ses *Cliniques de la Charité*, « déclare à propos d'un cas semblable qu'il s'agit d'une variété de « kyste qu'il n'a pas encore vu et dont il ne connaît pour « le moment qu'un autre exemple, celui d'Alp. Robert ». Vers la même époque, en 1869, Jarjavay, dans un mémoire, « *Sur la luxation de la longue portion du biceps* » rapporte un cas d'hygroma aigu séreux.

A l'étranger paraissent les observations des chirurgiens anglais, Stanley et Sydney, qui se préoccupent surtout du traitement de ces kystes à grains riziformes. En 1874, Waldenström, à propos de son observation, fait remarquer « qu'à en juger d'après les cas publiés, l'hygroma sous-delhoïdien est une affection rare » et cite les noms d'Hyrthl, Gurlt, et Wunzel Gruber.

A part ces observations, nous n'avons trouvé aucun travail d'ensemble sur la question qui nous occupe. En Allemagne, Masserel en 1864 et Tuszewsky en 1867 en ont fait le sujet de leur thèse inaugurale, qu'il nous a été impossible de consulter.

En France, Vadon, dans sa thèse de Montpellier 1880, rapporte un cas d'hygroma sous-deltaïdien suppuré ; enfin Besnard, dans sa thèse de Bordeaux 1886, publie quatre cas d'hygromas aigus suppurés.

A une époque plus rapprochée, Delorme fait connaître une curieuse observation d'hygroma séreux tuberculeux, et nous avons trouvé dans l'intéressant travail de Lejars, sur la tuberculose des bourses séreuses, de précieux renseignements, ainsi qu'une observation de Landow.

En consultant ces différents travaux, nous avons pu rassembler dix-neuf observations d'hygromas sous-deltaïdiens. Mais ces dix-neuf observations n'embrassent pas toutes les variétés d'hygroma que l'on peut trouver dans la Bourse sous-deltaïdienne, qui peut être le siège soit d'une inflammation aiguë, soit d'une inflammation chronique. Nous basant donc sur nos observations, nous ne ferons qu'étudier :

1° l'hygroma aigu séreux, dont nous rapportons trois observations.

2° l'hygroma aigu suppuré, cinq observations.

3° l'hygroma tuberculeux à forme caséuse. Observations IX et X.

4° l'hygroma tuberculeux à grains riziformes qui fait le sujet de neuf observations.

Tout en décrivant ces différentes variétés, nous insisterons plus particulièrement sur l'hygroma à grains riziformes, qui nous a semblé le plus intéressant et qui a été le principal objet de nos recherches.

## ÉTIOLOGIE

Comme bien des affections, les hygromas de la bourse sous-deltoïdienne reconnaissent des causes prédisposantes et des causes déterminantes. Les causes prédisposantes sont l'âge, le sexe et la profession.

*Age.* — Il est à remarquer que les vieillards et les enfants sont très peu atteints ; probablement à cause du fonctionnement moindre de leur bourse séreuse. C'est surtout à l'âge adulte, de 17 à 40 ans, que s'observe le plus souvent cette affection.

*Sexe.* — L'hygroma sous-deltoïdien est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Cela s'explique par le fait que les hommes, par leurs travaux, sont beaucoup plus exposés aux traumatismes. Il semble cependant que dans l'hygroma tuberculeux, les deux sexes soient également atteints, car sur dix observations, nous trouvons quatre malades appartenant au sexe féminin.

*Profession.* — En général, les gens exerçant des professions pénibles qui demandent des mouvements continuels et répétés du bras : maçons, bouchers, charpentiers, y sont naturellement prédisposés ; et particulièrement ceux qui portent de lourds fardeaux sur les épaules.

les, tels que lesteurs, portefaix, agriculteurs. C'est ainsi que le malade de Gosselin, qui portait souvent un lourd panier sur l'épaule gauche, vit se développer un hygroma en ce point.

Les causes déterminantes peuvent être locales et générales :

En premier lieu, il faut citer les plaies produites par instruments tranchants ; mais c'est ici une cause rare, car la bourse est recouverte par la couche musculaire assez épaisse du deltoïde. Plus communs sont les hygromas aigus, à la suite de contusion violente de l'épaule, de chute sur cette région. Les pressions continues, les frottements violents et répétés, sont des causes encore très fréquentes, et qui produisent surtout des hygromas chroniques. Enfin on comprend qu'une inflammation, ou une lésion quelconque de l'articulation scapulo-humérale et des parties osseuses avoisinantes, puisse provoquer la formation d'un hygroma en quelque sorte secondaire.

A côté de ces hygromas, nous citerons ceux qui surviennent à la suite d'un érysipèle, d'une lymphangite, ou d'un furoncle. L'observation IV est un bel exemple d'hygroma furonculeux. Enfin toutes les maladies générales, toutes les infections : blennorrhagie, rhumatisme, pyohémie, pneumonie, pourront être incriminées. C'est ainsi que chez le malade de Widal, le pneumocoque se localise dans la bourse sous-deltoïdienne, et y provoque un hygroma suppuré.

Nous avons réservé une place à part à l'étiologie de l'hygroma tuberculeux, qui peut être primitif, secondaire, ou propagé.

*Primitif.* — C'est l'unique manifestation de l'infection bacillaire chez un sujet jusqu'alors indemne. Ici, l'on pourra incriminer avec raison la profession, qui détermine à coup sûr un *locus minoris resistentiæ* : frottements et chocs répétés produisant un état d'irritation permanente, et par suite un excellent terrain pour la tuberculose. Quoique rare, cette tuberculose bursale primitive constitue une variété clinique très intéressante, et dont nous possédons plusieurs exemples.

*Secondaire.* — C'est la variété la plus fréquente. L'hygroma survient chez un sujet qui a déjà présenté des manifestations évidentes de l'infection, qui est nettement tuberculeux ; c'est le cas de notre malade déjà atteint de pleurésie.

*Propagé.* — Il accompagne souvent une arthrite fongueuse de l'épaule, qui a rompu les limites de la capsule articulaire. Enfin il est évident qu'une ostéite tuberculeuse de la tête humérale, de l'acromion, ou de l'apophyse coracoïde, ne pourra guère évoluer sans infecter la bourse sous-delloïdienne, et amener rapidement un hygroma fongueux.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les autopsies d'hygromas sous-delhoïdiens sont excessivement rares ; cependant, nous avons trouvé deux autopsies d'hygromas aigus suppurés, et un examen cadavérique de Wunzel Gruber que nous relatons ici : « La région deltoïdienne se montrait beaucoup plus arrondie que d'ordinaire. Après l'ablation du trapèze et du deltoïde, se présentaient dans la partie latérale de la fosse sus-épineuse et dans la région deltoïdienne deux tumeurs, blanc jaunâtre, que l'on constatait être les parties d'une seule et même tumeur. Lorsque l'aponévrose sus-épineuse, le ligament coraco-acromial, et le feuillet profond de la gaine du muscle eurent été divisés, on voyait à découvert toute la tumeur, sous forme d'un gros sac aplati, arqué et donnant une sensation élastique. Elle s'étendait du col chirurgical, jusqu'à environ deux pouces derrière le ligament coraco-claviculaire, dans la fosse sus-épineuse ; elle était longue de 6 pouces 6 lignes et large de 2 pouces 6 lignes. La portion de l'hygroma située dans la fosse sus-épineuse est séparée du sac principal par un étranglement. Le sac, une fois ouvert, laissa s'échapper un liquide séreux, trouble, avec de gros grains riziformes ;

sa paroi interne était pourvue par places d'excroissances villeuses ».

Mais les notions les plus importantes nous sont fournies par l'examen des pièces à la suite d'interventions pratiquées. Nous basant sur ces données, nous étudierons d'abord la configuration extérieure de la tumeur, c'est-à-dire son siège, sa forme, ses dimensions ; puis sa constitution propre, sa paroi et son contenu.

*Siège, forme, dimensions.* — La tumeur siège à la partie antérieure et externe de l'épaule, au-dessous de l'acromion, c'est-à-dire dans l'espace delto-pectoral. Ordinairement nettement circonscrite, elle se présente sous la forme d'une tumeur hémisphérique, molle, du volume d'un œuf de poule. Mais ses dimensions peuvent augmenter considérablement, car la bourse se laissant dilater facilement contient dans certains cas 2 à 300 grammes de liquide. La tumeur, le plus souvent régulière et lisse, est dans certains cas inégale et bosselée, quelquefois même bilobée ; elle s'étend alors, soit en arrière du côté de la fosse sus-épineuse, soit en avant dans la partie antéro-externe de l'épaule. Cette double poche, signalée par Gruber existait aussi dans l'observation de Stanley.

Mais ceci s'applique aux hygromas aigus ou chroniques ; dans l'hygroma aigu suppuré nous n'avons plus de tumeur aussi délimitée. L'inflammation de la poche s'étendant rapidement au tissu cellulaire qui environne la bourse, on se trouve en présence d'une grande cavité s'étendant à la face antérieure et postérieure de l'épaule. Le pus, après avoir décollé le muscle deltoïde, qui prend un aspect

blanchâtre, lardacé, peut même faire le tour complet de l'humérus, comme dans l'observation V. Dans ce cas, l'os lui-même est bientôt attaqué, et rien ne s'oppose à la pénétration du pus dans l'articulation scapulo-humérale.

*Paroi.* — La paroi de la tumeur a une épaisseur variable ; rarement mince, elle présente le plus souvent un épaissement qui varie de 1 à 3 centimètres. Quelquefois de consistance ferme, lardacée, adhérant intimement aux parties voisines, elle peut dans d'autres cas, et malgré son épaissement, rester souple et facilement isolable.

Dans l'hygroma à grains riziformes, la paroi interne présente souvent des prolongements villeux, et de nombreux grains hordéiformes lui adhérant fortement. Les portions restées libres offrent une surface lisse et régulière. Quant à la constitution histologique de cette paroi, elle est aujourd'hui bien connue ; on y trouve trois couches : une couche externe conjonctive, une couche moyenne ou zone tuberculeuse, qui renferme des éléments tuberculeux et des bacilles de Koch ; une couche interne composée de substance fibrinoïde colorée en bleu par la méthode de Weigert.

*Contenu.* — Le contenu varie suivant la nature de l'hygroma ; purulent, puis séro-purulent dans les hygromas suppurés, on trouve dans l'hygroma aigu et chronique un liquide clair, jaune, parfois filant et consistant. Dans le cas de Delorme, le liquide était limpide, légèrement consistant, presque gélatineux ; quelques flocons libres y nageaient. Ces caractères du liquide, malgré l'absence d'antécédents héréditaires et la bonne constitution du

sujet, ont fait supposer l'existence de la tuberculose, et de fait l'examen histologique de la paroi, montra nettement l'origine tuberculeuse de la tumeur. Il s'agissait là d'un *hydrops tuberculosus*, variété d'hygroma fongueux. Cette observation est très intéressante, car elle montre qu'au début et en l'absence de tout signe suspect de tuberculose il ne reste rien qui permette de différencier cliniquement cet hygroma tuberculeux de l'hygroma chronique simple.

Etudions maintenant l'hygroma à grains riziformes. Ici le liquide est généralement jaunâtre, filant, granuleux ; au milieu nagent des débris filamenteux. Les grains sont de coloration blanc jaunâtre, brillants, assez élastiques. Leur nombre est variable ; tantôt peu nombreux, au nombre d'une vingtaine, ils sont quelquefois au nombre de 2 à 300, et si le liquide est peu abondant, ils s'agglutinent ensemble. La nature tuberculeuse de ces grains a été démontrée en 1885, dans le mémoire de Nicaise Poulet et Vaillard ; depuis elle a été confirmée par de nombreux examens et inoculations (Walich, Terrillon, Reynier, Lucas-Championnière). Quant à leur origine, on admet qu'ils naissent d'une bande fibrinoïde, qui tapisse la face interne de la séreuse ; cette bande se nécrosant, produit par fragmentation les grains hordéiformes.

Histologiquement ils sont composés de réseaux fibreux, emprisonnant des éléments nucléaires ou graisseux et quelquefois des tubercules.

En lisant nos observations, nous avons été frappé de voir, que dans aucun de nos cas d'hygroma tuberculeux

nous n'avions trouvé de communication avec l'articulation de l'épaule, ni de lésion tuberculeuse de cette dernière.

Ces faits affirment nettement l'existence et la fréquence de la tuberculose bursale primitive.

Enfin, il nous reste à parler de la dernière phase des hygromas tuberculeux, celle des fistules. Au-dessous du deltoïde, existe une vaste poche, dont les parois épaissies, fongueuses, n'ont aucune tendance à la rétraction. Cette poche sécrète du pus qui s'écoule par deux ou trois fistules péri-humérales.

Souvent il est vrai, il existe en même temps une lésion des os, un point de carie localisée ; malgré cela on trouve des observations d'hygromas fongueux, où l'os sous-jacent était resté sain, malgré des fistules persistant depuis 15 ans. Voilà pourquoi nous croyons pouvoir affirmer que le malade de Vadon, malgré son embonpoint, et l'absence d'antécédents, était atteint d'hygromas tuberculeux : probablement sans lésions de l'humérus.

## SYMPTOMATOLOGIE — ÉVOLUTION COMPLICATIONS

Nous décrirons d'abord l'hygroma tuberculeux, car le début, le développement lent, et la persistance de la tumeur, permettent de donner une idée très nette de l'hygroma sous-deltaïdien. Nous indiquerons ensuite les signes qui caractérisent l'hygroma aigu et suppuré.

### HYGROMAS TUBERCULEUX.

Le plus souvent, l'affection débute insidieusement, par quelques douleurs dans l'épaule, une sensation de lourdeur dans le bras, et un certain degré de gêne fonctionnelle du membre. Ces signes n'ont rien de caractéristique, d'autant plus que la tumeur, pendant toute la première période de son évolution, reste cachée sous la couche musculaire qui la recouvre.

Arrivée à la période d'état l'affection a des symptômes bien nets, que l'on retrouve dans toutes les observations.

La douleur et l'impotence du membre sont les seuls signes fonctionnels de la maladie.

*Douleur.* — La douleur est d'intensité variable, mais n'atteint presque jamais une grande violence ; c'est plutôt un sentiment de gêne qu'une véritable douleur. Elle peut cesser par le repos et l'immobilité ; mais elle reparaît bientôt sous l'influence du travail et des mouvements du bras. Quoique la douleur n'ait pas de siège fixe, et qu'elle puisse s'irradier dans tout le membre supérieur, elle peut cependant se localiser dans la partie postérieure de l'épaule et du bras. La compression et l'irritation du nerf circonflexe, qui a des rapports très étroits avec la bourse, nous en donnent l'explication. En outre de la douleur, il existe une sensation de pesanteur et d'engourdissement du bras.

*Impotence fonctionnelle.* — Dès le début, le malade s'aperçoit qu'il a de la difficulté à se servir de son bras, mais cette difficulté est bien plus accentuée dans les mouvements d'élévation et d'abduction. En effet, comme nous l'avons vu au chapitre anatomique, la présence du liquide dans la bourse empêche la tête humérale de glisser sous l'acromion ; par suite le scapulum pivote sur son angle interne, et tout le mouvement se passe dans l'articulation acromio-claviculaire. C'est ce que nous pouvions observer chez notre malade dont le scapulum et l'humérus semblaient soudés ensemble et se mobilisaient en même temps. Cette difficulté des mouvements d'élévation et d'abduction du bras est un des symptômes les plus importants de l'hygroma sous-deltôïdien.

*Signes physiques.* — *Inspection.* — En examinant la région, on est frappé par la déformation notable du moi-

gnon de l'épaule, et par la présence d'une tumeur. Celle-ci siège à la partie antéro-externe de l'épaule, au-dessous de l'acromion. Elle est généralement arrondie, grosse comme la moitié d'une orange, excepté dans les cas rares où la poche est bilobée. La peau qui la recouvre est tendue, luisante, mais de coloration normale ; quelquefois on note un développement exagéré des veines superficielles.

*Palpation.* — La palpation donne des renseignements importants. En touchant cette tumeur, on se rend compte qu'elle n'est pas sous-cutanée, et que le deltoïde est repoussé en dehors, soulevé par une tumeur interposée entre ce muscle et la tête de l'humérus. Elle paraît régulière, lisse, sans bosselures, souvent nettement circonscrite. Elle est absolument mobile sous la peau, et la pression n'éveille aucune douleur. De plus elle est molle et nettement fluctuante. Cette fluctuation se trouve très facilement. Pour la percevoir, on placera le pouce et l'index d'une main, l'un sur la partie antérieure, l'autre sur la partie postérieure de l'épaule ; et on comprimera perpendiculairement, et brusquement, avec le médius et l'index de l'autre main, la partie externe et moyenne de la région. Ajoutons que cette tumeur n'offre aucune expansion, et ne présente aucun battement.

Si l'on imprime certains mouvements à l'articulation, on sent que celle-ci est libre, quoique les mouvements soient douloureux et limités, et qu'on entende parfois quelques craquements dans l'articulation.

En mettant le bras dans la position horizontale, on sent que la tumeur devient plus dure et dans certains cas di-

minue le volume. Cette disparition partielle pourrait faire penser à une communication avec l'articulation scapulo humérale; en réalité le liquide est refoulé dans quelque diverticule de la poche que l'on ne peut sentir.

On pourra d'ailleurs s'assurer de l'intégrité de l'articulation en plaçant la main dans l'aisselle, et en constatant, que les différents mouvements imprimés ne s'accompagnent d'aucune augmentation de volume de l'articulation. Enfin, en palpant les points osseux environnants; en frappant sur l'extrémité inférieure de l'humérus, on n'observera, en général, aucune douleur dans l'articulation.

Dans l'hygroma à grains riziformes, la palpation nous donne, outre la fluctuation, un signe très important : la crépitation. On peut dire que cette crépitation accompagne presque toujours cette variété de kystes ; cependant, ce n'est pas un signe pathognomonique qui nous permette d'affirmer la présence de grains riziformes, car elle peut se produire dans une poche bilobée qui n'en renferme pas. Malgré tout, la crépitation reste un excellent élément de diagnostic. Naturellement elle varie d'intensité et de caractère, suivant le nombre et le volume des grains, et suivant aussi la proportion de liquide dans lequel ils baignent.

*Evolution.* — L'évolution de l'hygroma tuberculeux sous-deltôïdien est ordinairement très lente. Leur accroissement se fait progressivement, sans douleur, mais n'amène presque jamais la rupture de la poche. A ce moment, la gêne des mouvements oblige le malade à demander le secours du chirurgien. Si, par hasard, l'on n'intervient pas, la poche donne bientôt une sensation

d'empâtement, de mollesse irrégulière, c'est l'hygroma qui se transforme en hygroma fongueux; et comme il arrive pour tous les abcès froids, celui-ci s'ouvre et devient fistuleux.

*Hygroma-fistuleux.* — Généralement on ne peut invoquer aucune cause évidente de suppuration, telle que contusion, froissement, traumatisme; et Vadon qui croit à un hygroma chronique suppuré nous dit: « Il semble que la continuité de la cause productrice de cet épanchement chronique, peut à elle seule amener cet état. » Evidemment, si l'on a affaire à un hygroma tuberculeux.

Après l'ouverture de l'hygroma et la formation d'un ou plusieurs trajets fistuleux, l'exploration avec un stylet fait reconnaître une vaste poche, s'étendant sous le deltoïde. Les parois de cette poche sont épaisses, calleuses et n'ont aucune tendance à la rétraction. Les trajets fistuleux sont entourés de bourgeons charnus, mollasses, et par l'orifice s'écoule un pus séro-purulent, plus ou moins abondant. Au point de vue fonctionnel, les mouvements du bras sont très restreints. Le malade garde en général son bras collé contre le tronc, il peut exécuter quelques mouvements en avant et en arrière, grâce à l'intégrité de son articulation; mais les mouvements d'abduction sont très douloureux et presque impossibles, par suite de la destruction de la bourse séreuse.

Malgré cette suppuration le sujet peut conserver toutes les apparences d'une bonne santé.

HYGROMAS AIGUS. — HYGROMAS AIGUS SUPPURÉS.

Survenant après une chute ou une contusion de l'épaule, l'hygroma aigu produit rapidement un gonflement de la région antéro-externe de l'épaule, ainsi qu'une tumeur molle, hémisphérique, à siège fixe, mobile sous la peau. A la palpation, on a une sensation de fluctuation très nette, quelquefois un peu de crépitation. Les mouvements sont très limités, et si l'on cherche à amener le bras dans l'abduction, on provoque une vive douleur. Dans cet hygroma, la douleur est d'ailleurs excessivement violente. Ces symptômes locaux peuvent s'accompagner de signes généraux, qui offrent en général très peu de gravité.

Ces hygromas évoluent le plus souvent vers la guérison, mais sous l'influence d'infections soit locales, soit générales, ils peuvent aboutir à la suppuration.

*Hygromas suppurés.* — Nous serons brefs sur les symptômes de l'hygroma aigu suppuré, car ce sont ceux d'un abcès en général.

Généralement la douleur est très vive, elle augmente avec l'agrandissement de la poche et la production du pus. La gêne des mouvements de l'articulation scapulo-humérale, et parfois leur abolition, est à peu près complète ; surtout ceux d'abduction. A ces signes fonctionnels s'ajoutent l'empâtement et le gonflement de la région.

La poche n'étant plus nettement limitée, la fluctuation est souvent très difficile à percevoir sous la couche musculaire. Bientôt surviennent des symptômes généraux qui,

si le pus est collecté en grande abondance et n'est pas évacué, sont ceux de l'infection purulente. La température atteint 40°, le pouls est rapide, le malade a de la diarrhée et des vomissements et tombe dans le coma si l'on n'intervient énergiquement.

La marche de ces hygromas est extrêmement rapide; les parois de la bourse cèdent bientôt, et le pus peut fuser dans toutes les directions, pénétrer même dans l'articulation. Malgré la guérison, l'atrophie du deltoïde résiste au traitement, et la gêne des mouvements de l'articulation persiste pendant longtemps.

## DIAGNOSTIC

Etant donné un épanchement dans la bourse sous-delloïdienne, avec quelles affections pourra-t-on le confondre? Cette tumeur est fluctuante, et ce caractère nous permet d'éliminer toutes les tumeurs solides de l'épaule, car si elles présentent quelquefois une fausse fluctuation, les antécédents, l'état général du sujet, le développement de la tumeur, empêchent toute erreur de diagnostic. Restent donc les tumeurs nettement fluctuantes, et ici nous aurons à différencier l'hygroma du lipome sous-musculaire, de l'abcès froid, et du kyste hydatique.

Le développement lent, sans douleur, l'état stationnaire, le même aspect extérieur, sont des signes communs au lipome et à l'hygroma; mais généralement le lipome est lobulé, et ne présente pas cette surface lisse que l'on observe dans l'hygroma.

Une carie des apophyses de l'omoplate et de la tête de l'humérus, peut donner lieu à la formation d'une tumeur purulente, siégeant dans la même région où se développe l'hygroma sous-delloïdien. Mais la percussion des surfaces osseuses, un choc sur l'extrémité inférieure de l'humérus, détermineront dans ce cas des points doulou-

reux bien localisés. Cependant ce symptôme n'est pas toujours constant. En outre, le pus, lorsqu'il n'est pas contenu par des parois solides, parviendra rarement à former une tumeur notable au-dessous de l'acromion, sans fuser dans la cavité axillaire, ou le long du bord interne du bras. De plus la tuméfaction n'est pas aussi nettement circonscrite, et s'étend sur une plus grande surface.

L'absence de frémissement à la pression et à la percussion, pourront faire éliminer le kyste hydatique, mais le plus souvent on est obligé de recourir à la ponction pour avoir un diagnostic précis.

Enfin on ne confondra pas un hygroma sous-delhoïdien avec l'arthrite scapulo-humérale. Dans le premier, en effet, le gonflement est nettement circonscrit dans l'espace delto-pectoral ; les mouvements d'abduction sont légèrement douloureux et limités, mais les autres mouvements sont beaucoup plus libres que dans l'arthrite.

On arrive ainsi, par la localisation de la tumeur, et par exclusion, à diagnostiquer un épanchement dans la Bourse sous-delhoïdienne. L'hygroma aigu, par un début brusque, l'apparition rapide de la fluctuation, ne peut guère être confondu avec l'arthrite aiguë de l'articulation de l'épaule. Mais quelquefois on a pu penser au rhumatisme aigu de cette dernière : l'absence de manifestations articulaires multiples, la localisation sur une grosse articulation, la tuméfaction rouge de la peau, suffiront à faire écarter ce diagnostic. Peut-être pourrait-on penser à un phlegmon de l'épaule, lors de la suppuration de l'hygroma aigu ; mais le siège, les commémoratifs, une collec-

tion très nette au milieu de la nappe d'infiltration permettront le plus souvent de faire le diagnostic.

L'hygroma à grains riziformes se reconnaîtra facilement ; la crépitation, le frottement, sont trop caractéristiques pour que l'on puisse les confondre avec l'hygroma chronique proliférant. Un examen sérieux permettra d'écarter l'hypothèse d'une arthrite de l'épaule à grains riziformes.

Il nous reste à discuter maintenant le diagnostic de l'hygroma suppuré avec trajet fistuleux à l'extérieur. En face d'un malade présentant les symptômes dont nous avons parlé, on est toujours tenté de porter le diagnostic de tumeur blanche de l'articulation scapulo-humérale. Mais si, avec un stylet, on sonde les trajets, si au lieu de tomber sur un os dénudé ou carié, on sent une cavité large reproduisant la forme et la situation de la bourse, si les mouvements imprimés ne provoquent pas de vives douleurs, si l'on ne sent pas d'empâtement dans le creux de l'aisselle, on pourra porter sûrement le diagnostic d'hygroma suppuré. Mais de quelle nature sont ces fistules ? Sont-ce des fistules inflammatoires provenant d'un vieil hygroma chronique à parois épaisses, ou sont-ce des fistules tuberculeuses ? Et dans ce cas quel est l'état des os voisins ? sont-ils sains, sont-ils altérés ? C'est ici que les commémoratifs, les antécédents, la conservation de la santé chez le sujet, seront d'un précieux secours. Il est vrai que dans la plupart des cas, des accidents déjà suspects mettront sur la voie du diagnostic.

## PRONOSTIC

Le pronostic varie suivant la cause et la nature de l'affection. Bénin dans l'hygroma aigu séreux, sa gravité augmenterait considérablement dans l'hygroma aigu suppuré, à en juger par nos observations. Mais ici, l'on avait affaire à des sujets débilités et chez lesquels le traitement n'avait peut-être pas été assez énergique. Aujourd'hui, cette affection comporte un jugement moins sévère.

Quant au pronostic de l'hygroma tuberculeux, c'est celui de toutes les tuberculoses locales, aggravé cependant par suite de la contiguité de l'articulation scapulo-humérale. Témoin le malade de M. Tillaux, garçon vigoureux, qui, guéri d'un hygroma sous-delhoïdien, subit dix ans plus tard la résection de l'épaule pour tumeur blanche de l'articulation.

Enfin le malade, quelle que soit la variété d'hygroma, éprouvera souvent une gêne assez grande dans les mouvements d'abduction du bras, et cela par suite de l'inflammation de la bourse et de l'atrophie du deltoïde.

## TRAITEMENT

L'hygroma aigu, au début, est justiciable du repos, des révulsifs : vésicatoires, teinture d'iode, suivis de compression ; enfin en dernier lieu on aura recours à la ponction. Mais dès qu'on soupçonnera l'existence du pus, il faudra inciser, et inciser profondément, si l'on veut éviter les fusées purulentes et l'inflammation des tissus voisins. On pratique généralement une longue incision verticale à la partie antérieure de l'articulation, à peu de distance en dehors du sillon pectoro-deltôïdien. Là, le muscle est moins épais, et l'on évite ainsi la veine céphalique en dedans, le nerf et vaisseaux circonflexes en dehors. Cette incision sera suivie du lavage et du drainage de la poche.

Quant à l'hygroma tuberculeux, la ponction suivie de l'injection d'un liquide irritant est abandonnée. L'incision et le grattage ne mettent même pas à l'abri de la récurrence. Il n'y a qu'un seul traitement de cet hygroma, c'est l'extirpation ; et Lejars en donne quelques raisons : « Pourquoi, en présence de la forme primitive et encore localisée de l'hygroma tuberculeux, s'attarder à une médication toujours longue ? Pourquoi, en n'attaquant la lésion que peu à peu, en la laissant survivre plus ou

moins longtemps, pourquoi s'exposer à l'envahissement de l'os voisin, à l'infection ganglionnaire, à une généralisation toujours menaçante ? » Mais il faut que l'extirpation soit complète, et pour cela, on taillera en plein dans le tissu cellulo-graisseux environnant, de manière à dépasser largement les limites de la tumeur. A cette condition seulement, on évitera la récurrence et peut-être l'infection secondaire.

L'extirpation est aussi le meilleur mode de traitement de l'hygroma fistuleux, mais ici l'opération est plus délicate, car il faut enlever au bistouri une poche épaisse, très irrégulière, présentant souvent de nombreux prolongements. Il faudra de plus rechercher l'existence d'une lésion osseuse, et, si elle existe, évacuer et curetter ce foyer d'ostéite. Dans quelques cas, les injections de chlorure de zinc ont pu être utiles, et amener la rétraction de la poche.

Quant à la gêne des mouvements et à l'atrophie du deltoïde, les douches, l'électricité, le massage, pourront rendre de précieux services.

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

#### *Hygroma aigu séreux (Jarjavay).*

T..., âgé de 27 ans, potier de terre, entre le 30 octobre 1862 à l'hôpital Saint-Antoine ; d'une bonne constitution, a ressenti dans l'épaule gauche, depuis cinq jours, une douleur qui l'a empêché de travailler. Aucune violence ne peut expliquer la cause du mal.

*Etat actuel.* — Tuméfaction dans le moignon de l'épaule ; point de rougeur de la peau. Mais T... ne peut se servir de son bras gauche ; quand on le porte dans l'abduction, la douleur est très vive, il en est de même quand on le porte en avant ou en arrière.

L'épaule comme le tronc sont inclinés du côté malade et le patient ne peut laisser pendre son bras, qu'il soutient avec la main droite. Dans la partie la plus tuméfiée, au-dessus de l'acromion, on constate une fluctuation profonde. Une ponction exploratrice donne issue à deux cuillerées à bouche, environ, d'une sérosité parfaitement limpide et transparente, très fluide, non filante. La douleur est soulagée par l'issue de ce liquide,

mais ne permet pas néanmoins les mouvements spontanés du membre.

4 novembre. — Les mouvements du bras sont notablement moins douloureux, mais la tuméfaction et la fluctuation sont aussi prononcées. Nouvelle ponction ; issue de sérosité présentant les mêmes caractères. La douleur persiste toujours dans les mouvements d'abduction.

8 novembre. — Nouvelle ponction, issue de la même sérosité, en moindre quantité il est vrai.

15 novembre. — Les mouvements spontanés du bras ont plus d'étendue, la tuméfaction et la douleur ayant considérablement diminué. Quand on soulève le bras dans l'abduction, le malade accuse de la douleur, et il se produit une espèce de craquement.

17 novembre. — T... se trouvant parfaitement bien demande à sortir.

## OBSERVATION II

### *Hygroma aigu séreux (Helferich).*

Hygroma chez un cordonnier de 23 ans. Le malade raconte qu'à l'âge de 14 ans, il s'est déjà développé une tumeur, à la face antérieure de l'articulation scapulo-humérale droite. Celle-ci persiste pendant six mois, et disparaît presque subitement, sans traitement.

Dans la nuit du 13 au 14 décembre apparut tout à coup, sans cause particulière, une tumeur analogue à la première, sur l'épaule droite. La région est douloureuse, ainsi que les mouvements de l'épaule,

15 décembre. — *Etat actuel.* — Le patient, qui est robuste et de bonne constitution, présente à la face antérieure de l'épaule droite une tumeur qui n'est pas très délimitée, et légèrement arrondie. Cette tumeur est étalée dans l'espace delto-pectoral. Elle s'étend à deux travers de main au-dessous de la clavicule. Elle est située sous la peau, qui est normale, et sous le muscle deltoïde. Sa consistance est un peu molle, élastique, elle indique de la fluctuation ; et par la pression à la partie supérieure, on sent une légère crépitation. Le bras qui est pendant est peu douloureux ; de plus il ne peut être élevé dans la position horizontale qu'avec beaucoup de difficultés : dans cette position, la tumeur forme à droite une saillie assez forte. Mais, fait intéressant, si l'on met le bras d'abord dans la rotation en dehors, puis, en abduction, puis dans la position horizontale, la déformation manque ; la tumeur paraît alors avoir disparu : dès que le bras est baissé, elle reparaît.

Lors de la disparition de la tumeur dans la position horizontale du bras, nous n'avons constaté aucune tuméfaction de l'épaule, en particulier de la cavité axillaire.

Amélioration par l'expectation et le repos.

Fin février 1880, la tumeur a presque disparu. Les mouvements sont normaux.

### OBSERVATION III

#### *Hygroma aigu séreux (Waldenström).*

Il s'agit d'un ouvrier de la campagne, nommé Péterson. Un jour, sans cause apparente, il eut de la fièvre, de la céphalalgie,

et il ressentit une violente douleur dans l'épaule gauche, qui se tuméfit et devint sensible à la pression.

A l'examen, le bras était allongé le long du corps, et immobilisé par la douleur. L'épaule gauche était tuméfiée, notamment en avant et en dehors, de telle sorte qu'au premier abord elle produisait l'effet d'une luxation de l'humérus en avant.

La tumeur de l'épaule était molle, fluctuante, et nettement délimitée. Lorsqu'il ramenait la main au-dessus de la tête, la tuméfaction paraissait moins accentuée, et plus molle, mais on pouvait déterminer nettement ces limites, tant par la palpation que par l'inspection.

La peau à cet endroit n'était pas rouge, et on ne découvrait aucune altération ni dans le tissu sous-cutané, ni dans le muscle deltoïde. On reconnut par la cavité axillaire que la tête humérale et la capsule articulaire étaient saines.

Le patient fut saigné à plusieurs reprises, sans succès. De plus, on appliqua des compresses chaudes qui diminuèrent les douleurs, ainsi que la fièvre. La tumeur devint plus molle et moins sensible. On fit alors à plusieurs reprises la ponction avec une sonde exploratrice, à la suite de laquelle la tumeur disparut complètement ; et vingt mois après l'opération elle n'avait pas reparu.

#### OBSERVATION IV

##### *Hygroma aigu suppuré, (Besnard).*

M. B..., aide-médecin de la marine, 23 ans, entre le 15 octobre à l'hôpital de Brest avec le diagnostic : Rhumatisme articu-

laire de l'épaule gauche. Rien dans les antécédents. Dans le courant de septembre, il a eu deux gros furoncles sur la cuisse droite ; et il y a quinze jours, un troisième furoncle situé à la région postéro-latérale droite du cou.

Le début de l'affection date de cinq jours. La douleur a d'abord été légère ; c'était plutôt de la gêne dans les mouvements de l'articulation scapulo-humérale gauche, et un peu de lourdeur du bras. Après 48 heures seulement, la douleur commença à s'accroître ; et M. B... s'aperçut du gonflement de son épaule. A partir du troisième jour, la douleur, très aiguë, se faisait sentir très profondément.

Actuellement on constate du gonflement, de la tuméfaction, et de la rougeur de l'épaule, de l'immobilité presque absolue de tous les mouvements de l'articulation, et principalement de celui d'abduction. L'appétit est très faible. Langue saburrale. Pouls 96°. Température 38°8.

Les jours suivants, légère diarrhée, anorexie, la température se maintient entre 39° et 39°5. Douleurs lancinantes extrêmement vives.

Le 19. — On pensa qu'on avait plutôt affaire à un hygroma de la bourse sous-deltaïdienne, et le malade fut évacué en chirurgie.

Le 20. — Température 39°. On perçoit de la fluctuation bien manifeste, dans une zone assez considérable. Cette fluctuation est profonde, et fait prévoir que le liquide n'est pas situé dans le tissu sous-cutané, mais qu'il est sous-musculaire. L'état générale devint alarmant, la diarrhée et les vomissements déclarés depuis deux jours augmentent d'intensité.

21 octobre. — L'examen de la région malade fait reconnaître que la fluctuation a gagné la paroi thoracique, et qu'elle occupe

un espace assez étendu, à la partie externe de la fosse sous-claviculaire. Cette région fluctuante, d'un rayon de 4 à 5 centimètres, est entourée d'une zone indurée, qui s'étend assez loin en arrière de l'épaule, et en avant vers le mamelon. Incision à la cocaïne, d'une longueur de six centimètres, sur la face antérieure du bras ; par l'ouverture, on sent une poche résistante qui, ouverte, donne issue à 150 grammes environ de pus épais et sanguinolent. Drainage et compression.

22 octobre. — La douleur a beaucoup diminué. La température est à 38°, les vomissements ont cessé ainsi que la diarrhée. L'amélioration va s'accroissant.

23 novembre. — Le malade sort guéri avec un peu d'atrophie du deltoïde.

#### OBSERVATION V

##### *Hygroma aigu suppuré (Besnard).*

L. W..., âgé de 20 ans, entre à l'hôpital de Brest le 4 décembre 1865, avec le diagnostic de : Douleur profonde à l'épaule gauche. Il y a 8 jours, il a commencé à se plaindre de douleurs peu vives dans cette région.

Comme antécédents, W... ne possède rien de particulier, mais la pâleur de son visage, ses traits tirés, ses yeux excavés, font soupçonner quelque affection grave.

L'examen de la région douloureuse présente les signes suivants : douleur très vive à la pression, gonflement considérable, gêne des mouvements de l'articulation scapulo-humérale ; empâtement, mais pas de douleurs lancinantes, pas de fluctuation. Sangsues au niveau du deltoïde.

5 décembre. — Douleurs vives, rougeur et chaleur de la région douloureuse. Température 39°2. Pouls 102. Le soir le malade a des vomissements, de la diarrhée, et de petits frissons.

6 décembre. — A la palpation, on croit trouver de la fluctuation sous le deltoïde.

On fait une incision au niveau de la partie antérieure de ce muscle ; il sort quelques gouttes de sang, mais pas de pus. Température 40°5, le soir. Délire. Epistaxis. Vomissements. Une seconde incision est pratiquée en dehors, à la partie externe du deltoïde, mais sans résultat.

Mort le 8 décembre.

*Autopsie.* — En prolongeant en longueur et en profondeur l'incision antérieure, il s'écoule un demi-litre de pus épais. La poche qui contient le pus est énorme ; elle est située sous le deltoïde et le biceps brachial, et elle fait presque le tour complet de l'humérus. Celui-ci est le siège d'un commencement de carie ; et son périoste est enlevé sur une étendue de 4 à 5 centimètres.

#### OBSERVATION VI

##### *Hygroma aigu suppuré (Besnard).*

J... O..., ouvrier est âgé de 32 ans. Il y a 6 jours, dans une chute, son épaule droite a frappé contre le rebord d'un trottoir, et il en est résulté une contusion violente de l'épaule. Depuis hier, il ressent une douleur très vive vers les parties profondes. Il se décide à entrer le 12 août 1871.

A l'examen, on constate de la rougeur, de la tuméfaction et de la chaleur de l'épaule droite. Il se plaint de ressentir des douleurs lancinantes très vives, qui l'empêchent de dormir. Langue saburrale. Céphalalgie et fièvre.

14 août. — Les mouvements de l'articulation de l'épaule droite sont devenus impossibles. La région est très gonflée et la pression développe au niveau de la partie tuméfiée une douleur extrêmement vive. A la palpation, on croit reconnaître de la fluctuation. Cataplasmes laudanisés.

15 août. — Fluctuation manifeste, mais profonde. Ganglions de l'aisselle engorgés. Délire, temp. 38°8. Pouls 114. Le soir on fait avec la seringue de Pravaz une ponction exploratrice ; celle-ci dénote l'existence du pus. Alors, avec le bistouri, on fait une longue incision longitudinale qui donne issue à environ 50 grammes de pus.

17 août. — Le gonflement a presque complètement disparu. Plus de fièvre.

29 août. — Le malade sort guéri.

## OBSERVATION VII

### *Hygroma aigu suppuré (Besnard).*

L... R..., est âgé de 29 ans. Le 14 novembre 1885, dans une chute, son épaule gauche est venue frapper contre une tige en fer. Il a ressenti une douleur assez vive, et a vu survenir un gonflement considérable.

A son entrée, on constate les signes suivants : l'épaule gauche est gonflée, il existe un peu d'ecchymose. Les mouvements

de l'articulation sont douloureux, mais néanmoins s'exécutent avec assez de facilité. Comme il n'existe aucun signe de fracture ou de luxation, on pense avoir affaire à une forte contusion.

L... R. ., a eu plusieurs accès de paludisme, et des symptômes très évidents d'alcoolisme chronique. Les jours suivants, la douleur est peu vive, l'ecchymose tend à disparaître, le gonflement persiste. Pas de symptômes généraux.

Le 28 novembre. — Le malade a plusieurs petits frissons, la douleur devient très vive, les mouvements de l'articulation sont presque impossibles, la région est chaude, un peu rouge. Langue saburrale. Pouls à 38°3.

Le 29. — Etat général plus grave, l'épaule devient très tuméfiée. A la palpation, on croit reconnaître de la fluctuation sous le deltoïde, mais celle-ci est très profonde.

30 novembre. — La fluctuation est devenue plus évidente, on pratique une ponction avec l'aspirateur Potain ; il s'écoule 80 grammes d'un pus sanguinolent. Pas d'injection à l'intérieur de la cavité.

3 décembre. — Le malade, dont l'état général s'était amélioré, présente de nouveaux symptômes graves. Céphalalgie, agitation, délire, temp. 40°.

L'examen attentif de l'épaule gauche dénote un gonflement plus considérable que les jours précédents. La fluctuation, évidente, a surtout gagné la paroi antérieure du creux de l'aisselle on fait avec le bistouri ; une longue incision de plusieurs centimètres de profondeur à la partie interne et supérieure de l'épaule, il sort une quantité très considérable d'un pus liquide.

5 décembre. — Coma. Mort.

*Autopsie.* — Il existe sous le deltoïde une cavité très vaste. La capsule de l'articulation scapulo-humérale est perforée dans plusieurs endroits, et le pus a pénétré dans l'intérieur de l'articulation. Le cartilage d'encroûtement de la tête humérale et celui de la cavité glénoïde commencent à s'exfolier ; le périoste est détruit, et l'os est à nu sur toute la partie supérieure de l'humérus. La cavité qui contenait le pus s'étend très loin en dedans sur la paroi antérieure du creux de l'aisselle, et en arrière de l'épaule, sous les muscles qui s'insèrent à la grosse tubérosité de l'humérus.

#### OBSERVATION VIII

*Hygroma suppuré métapneumonique (F. Vidal)*  
(Résumée).

Nous venons d'observer un cas d'hygroma suppuré sous-delloïdien, survenu au déclin d'une pneumonie, et dans le pus, recueilli moins de trois semaines après le début de la complication, nous n'avons pu déceler le moindre microbe. Ce fait, en raison de sa rareté et de l'interprétation qu'il commande, nous a paru digne d'être rapporté.

Un homme de 48 ans, alcoolique, ayant déjà eu deux pneumonies, entre à Beaujon le 27 juin 1895, pour une pneumonie gauche ; la défervescence complète ne se fait que le treizième jour de la maladie. Dix jours plus tard, le malade se plaint de douleurs siégeant au niveau de l'épaule droite. Les mouvements d'élévation et d'abduction du bras sont difficiles et très douloureux. On fait rouler facilement, et presque sans douleur, la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde. Durant quelques jours,

la température remonte à 38°, pour retomber à la normale. Pendant ce temps, la tuméfaction de l'épaule augmente, et, à la partie antérieure de la région, sous le deltoïde, on voit se dessiner une masse arrondie, grosse comme une mandarine, nettement fluctuante. La palpation superficielle est très sensible à ce niveau.

Le 24 juillet. — On pratique une ponction au grand trocart sur la face antérieure du deltoïde. Il s'écoule un pus très épais, grumeleux, jaunâtre, ayant tout l'aspect du pus à pneumocoques. Ni l'examen direct de ce pus sur lamelles, ni son ensemençement sur bouillons, ne permirent de déceler le moindre microbe.

Quelques jours après, la collection se reforma, et l'on fut obligé de pratiquer une seconde ponction. On recueillit cette fois en petite quantité un liquide non plus purulent, mais séreux et citrin.

Quelques jours plus tard, le malade sortit guéri, la fluctuation avait disparu, et l'épaule avait repris son volume normal.

#### OBSERVATION I X

##### *Hygroma suppuré. (Vadon) (résumée).*

Le 3 mars 1879, R. F.. se présente à nous. C'est un jeune homme de tempérament sanguin et de forte constitution, qui exerce la profession de meunier. Il a le bras droit en écharpe et se plaint d'avoir, depuis près d'un an, une suppuration continue à la partie supérieure du bras.

En l'examinant, on trouve trois trajets fistuleux, le premier

au niveau du point où le tendon du grand pectoral passe sous le deltoïde ; le deuxième est à la partie inférieure du V deltoïdien ; le troisième en arrière et en dehors, correspond au tiers inférieur du bord externe du deltoïde, entre ce muscle, et la longue portion du triceps. Nous les désignerons sous les n<sup>o</sup> 1, 2, 3. Les ouvertures de ces trajets fistuleux sont formées par des bourgeons charnus, saillants. Le pus qui s'écoule est blanchâtre, peu lié. La couleur de la peau sur la partie tuméfiée est normale.

Depuis longtemps, R... s'était aperçu de l'augmentation de volume de son épaule droite ; malgré cela, il fut déclaré propre au service et enrégimenté dans l'artillerie.

Lorsqu'il est rentré dans ses foyers, la tuméfaction était énorme ; la couleur de la peau n'était nullement altérée, et il n'éprouvait que de la gêne, la douleur à proprement parler était absente. Il reprit alors son métier de menuisier. Sous l'influence de sa profession, il est survenu en avril 1878 une inflammation aiguë du moignon de l'épaule. La peau est devenue chaude, rouge, une douleur très vive s'est fait ressentir ; et quinze jours après, deux ouvertures se firent spontanément ; ce sont celles désignées sous les n<sup>o</sup> 1 et 3. De ces ouvertures s'écoula une grande quantité de pus jaune. Cet écoulement dura 3 semaines environ ; après ce temps, une nouvelle poussée inflammatoire eut lieu, et cette fois le pus se fit un nouveau jour à la partie inférieure du V deltoïdien. Ce pus était encore jaunâtre, bien lié ; il est depuis devenu blanchâtre, et depuis plus d'un an, un liquide séro-purulent s'écoule par les 3 ouvertures.

*Cathétérisme des trajets fistuleux.* — Le trajet fistuleux n<sup>o</sup> 1 est étroit, et se dirige en haut et en arrière vers la tête de l'humérus. Le stylet introduit par l'ouverture 2., pénètre presque

entièrement dans la plaie, et dans une large cavité, où il se meut librement à droite et à gauche.

Le stylet n° 3 pénètre comme le précédent dans une large cavité, et vient toucher le stylet n° 2. Ces deux fistules communiquent donc avec un foyer commun. La voûte de la cavité purulente est très épaisse, la pression exercée sur elle par l'extrémité des stylets est peu douloureuse. L'exploration de l'humérus et de ses tubérosités, faite dans le but de révéler une lésion osseuse, est tout à fait infructueuse.

Le malade fait exécuter à son bras, sans trop de difficultés, des mouvements d'avant en arrière et d'arrière en avant. Le bras appliqué contre le tronc n'en peut être écarté que de trois centimètres; les mouvements s'exécutent sans douleur dans l'articulation.

Si l'on veut écarter le bras du tronc et faire exécuter le mouvement d'élévation, on ne parvient pas à porter le membre à angle droit. Le malade se plaint alors d'une douleur qu'il rapporte autour de l'articulation. La pression sur l'apophyse coracoïde et l'acromion est complètement indolore.

Le diagnostic porté est celui d'hygroma chronique, hygroma suppuré. On agrandit les ouvertures 2 et 3, et on y fait une injection iodée, aussi dans le trajet n° 1.

8 avril. — Le trajet n° 1 est fermé; le malade se plaint de perte d'appétit; le 11 apparence phlegmoneuse de l'épaule.

14. — Sensation de fluctuation au milieu du deltoïde, avec développement d'un abcès de la grosseur d'un œuf de perdrix. Incision, écoulement de pus crémeux.

23. — Abcès au même niveau, mais en dedans. Incision. Pus crémeux.

3 mai. — Les ouvertures des deux abcès ouverts sont cicatrisées.

28 mai. — La cicatrisation de la poche ne s'effectue pas. Incision sur toute la longueur du deltoïde ; le muscle est blanchâtre, peu saignant, on voit dans le fond de l'incision la cavité, qui est granulée ; çà et là on aperçoit quelques bourgeons charnus saillants. Badigeonnage de la poche avec le nitrate d'argent.

20 juin. — On ne voit plus de cavité.

5 juillet. — Cicatrisation complète.

15 septembre. — Le malade porte son bras, en élévation et en abduction, jusqu'à angle droit ; mais il ne peut aller plus haut. La région deltoïdienne est encore un peu volumineuse.

#### OBSERVATION X

##### *Hydrops tuberculosus*, Delorme.

Un vigoureux cuirassier, ni syphilitique, ni rhumatisant, s'aperçut par hasard, quinze jours avant son entrée dans mon service au Val-de-Grâce, d'un léger gonflement de la région deltoïdienne, droite, s'accompagnant d'une gêne peu douloureuse des mouvements d'abduction. Brusquement, en deux jours, la région augmenta du volume d'un poing et demi. Le gonflement régulier était surtout accusé en avant et en bas ; on percevait nettement sous le deltoïde une sensation de flot, sans bruissements ou frottement. Les mouvements passifs d'élévation de l'épaule étaient peu douloureux, surtout limités ; et les mouvements actifs étaient plus bornés que les mouve-

nients passifs. Douleurs presque nulles à la pression directe de la région ; pas de douleurs ressenties dans l'article par une pression sur l'extrémité inférieure de l'humérus.

Pas de réaction générale ou locale.

Ouverture de la poche par l'incision antérieure de Baudens. Elle était remplie de près d'un verre d'un liquide, de la couleur de l'urine, limpide, quelque peu consistant, presque gélatineux. La paroi interne de la poche, tomenteuse, vasculaire, était recouverte de dépôts fibreux, analogues à ceux qu'on rencontre dans les pleurésies. Des flocons libres nageaient dans le liquide. Après un raclage avec une grosse curette tranchante, je ne pus à un examen très attentif, reconnaître le moindre prolongement tuberculeux vers l'article. Cautérisation à la solution de chlorure de zinc au dixième. Plaie réunie par première intention. Guérison en un mois, avec rétablissement intégral des mouvements, et disparition des douleurs.

L'examen histologique de la paroi tomenteuse de la poche, ne laissa aucun doute sur l'existence de la tuberculose.

#### OBSERVATION XI.

*Hygroma à grains riziformes.* Robert (Résumée).

Louis L....., âgé de 25 ans, garçon marchand de vins, entre le 17 juillet 1858 à l'Hôtel-Dieu. C'est un homme d'une haute taille, et d'une apparence assez vigoureuse.

Le malade raconte que depuis un an environ, il éprouvait dans le moignon de l'épaule droite des douleurs, qu'exaspéraient

les mouvements un peu énergiques du bras ; ces mouvements y provoquaient aussi une espèce de frémissement, ou bruissement ; bientôt il survint un peu de gonflement, et le malade vint à l'hôpital.

A la face antérieure du moignon de l'épaule droite, il présente une tumeur lisse, molle, indolente, sans changement de couleur à la peau. Elle est nettement circonscrite, et en la refoulant avec le doigt, on sent qu'elle est située sous le deltoïde. En outre, on perçoit non seulement de la fluctuation, mais de la crépitation ; celle-ci est due à la présence de petits corps albumineux, blanchâtres, que l'on nomme des grains riziformes. Une ponction vint confirmer le diagnostic d'hygroma sous-deltoidien à grains riziformes.

La ponction donne issue à environ 150 grammes de liquide, clair, filant, et à de nombreux grains riziformes. Injection de teinture d'iode.

Le quatorzième jour après l'opération, L... quitta l'hôpital. On ne sent plus qu'une légère induration, due au recollement des parois de la tumeur, par suite de l'inflammation provoquée par la teinture d'iode.

## OBSERVATION XII

### *Hygroma à grains riziformes.* Gosselin (Résumée).

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans. Il y a une dizaine de jours, il s'aperçut d'un gonflement insolite dans la région de l'épaule gauche. Cette tumeur le gênant considérablement, il entre à l'hôpital.

En l'examinant, on constate une déformation évidente de l'épaule; et à la partie externe et antérieure, on voit une tumeur arrondie grosse comme la moitié d'une orange, un peu molle, très sensiblement fluctuante; mais sans changement de couleur à la peau, sans douleur spontanée. En exerçant une pression un peu forte, on sent quelquefois rouler sous les doigts de petits corps arrondis qui donnent une sensation de crépitation peu nette.

Lorsque le malade élève les bras, si on applique en même temps, la main sur l'épaule, on sent le gonflement durcir.

Ce jeune homme est cultivateur, et porte à la ville des paniers assez lourds, qu'il pose sur son épaule gauche; il ne sait pas au juste à quelle époque se rapporte l'apparition de sa tumeur; il y a seulement dix jours, qu'en voulant soulever un fardeau, il sentit que son bras gauche ne pouvait s'élever, ni se porter en dehors aussi facilement que le droit. Il est probable que la tumeur est plus ancienne et s'est accrue très lentement.

Ponction avec un petit trocart explorateur, au-dessous de l'acromion; il s'écoule 40 grammes d'un liquide roussâtre, contenant quelques grains hordéiformes. Une fois la sérosité évacuée, la crépitation est beaucoup plus nette.

Injection iodée et compression.

Le 17 juillet 1869. — Le malade quitta l'hôpital; la fluctuation avait disparu, la tumeur avait diminué, et en la pressant on percevait encore très distinctement de la crépitation. Le malade, qu'on a revu fin juillet, n'offrait plus aucune espèce, de tumeur, les mouvements étaient libres.

OBSERVATION XIII

*Hygroma à grains riziformes. Sydney, The Lancet.*

Jane T., âgée de 29 ans, fut admise le 15 mai 1868. Elle porte environ depuis 18 mois, à l'épaule gauche, une tumeur qui paraît manifestement située sous ce muscle. Elle a le volume d'une orange, et semble bien circonscrite; il est impossible d'y découvrir une fluctuation évidente.

Aucun épanchement dans l'articulation de l'épaule; les mouvements ne produisaient pas de douleurs et ne déterminaient aucune tension dans la tumeur. La malade se plaignait de faiblesse de l'épaule, et d'une douleur à la partie postérieure du bras, surtout après avoir travaillé.

Le 27 mai. — Ponction; il s'écoulé un liquide opaque et visqueux, mélangé à une grande quantité de corpuscules ayant la forme de graines de melons.

Le 3 juin. — La tumeur avait repris son volume primitif. On fait alors une incision, et on expulse une grande quantité de grains riziformes.

La suppuration s'établit franchement; on fit quelques injections chlorurées, et le 6 juillet, la guérison était presque complète.

OBSERVATION XIV

*Hygroma à grains riziformes. Stanley. Med., Times, 1853.*

Elisabeth G..., âgée de 11 ans, jouissant d'une bonne santé, entre à l'hôpital en juin 1853, pour une grosse tumeur, développée sous le muscle deltoïde droit.

Cette tumeur pouvait être sentie de chaque côté du muscle, mais était plus proéminente vers son bord interne, au-dessous duquel elle faisait une forte saillie. Elle était fluctuante, et on percevait facilement des petits corps solides. En pressant sur la tumeur, le liquide semblait passer au-dessous de l'acromion et dans une poche à proximité de l'articulation de l'épaule. La malade racontait qu'elle portait, très fréquemment, un lourd panier sur le bras malade; elle était venue à cause de la douleur et de l'impotence qu'elle ressentait. Cet état de choses durait à peu près depuis six mois.

Il n'y avait aucun doute sur le diagnostic, et on essaya les vésicatoires et les badigeonnages à la teinture d'iode; il n'y eut aucune amélioration.

Le 16 juin. — M. Stanley fit une incision à la partie la plus saillante de la tumeur, il s'écoula une quantité considérable de liquide glaireux, et une douzaine de corps semblables à des grains de melons. Une suppuration saine et abondante s'établit, qui dura plusieurs semaines. Il n'y eut aucune atteinte de l'articulation, et au commencement d'août, la malade sortit guérie.

#### OBSERVATION XV

##### *Hygroma à grains riziformes. Vogt.*

Nous venons d'observer un hygroma sous-delloïdien, chez une dame qui, pour une cypho-scholiose très prononcée, avait porté pendant des années un corset et des béquilles, ce qui ne l'avait pas empêché de vaquer à des travaux assez durs. Il est probable que du côté qui pesait le plus sur la béquille, la tête de l'humérus frottait davantage contre la paroi musculaire qui la

recouvre. Par réaction à ce frottement dû à la pression, il se produisit un épanchement séreux et une abondante prolifération villieuse de la synoviale, qui détermina la formation de corps synoviaux, en partie libres, en partie pédiculés.

On pratiqua une incision, et après l'évacuation du contenu, mélangé de grains libres, mesurant jusqu'à 1 centimètre de diamètre, on dut gratter encore de nombreuses proliférations pédiculées tenant aux parois.

#### OBSERVATION XVI

##### *Hygroma à grains riziformes* (Kottmann).

Johann B..., ouvrier, âgé de 22 ans, entre à l'hôpital le 3 septembre 1874; il a le visage pâle, et semble faible de constitution. A la fin du mois d'août, apparut à l'épaule gauche une tumeur assez douloureuse, qui augmenta rapidement de volume sans gêner les fonctions du bras.

A l'examen, quand le bras est allongé le long du corps, on constate au-dessus de l'épaule gauche une tumeur qui semble limitée, proéminente, arrondie, et très nettement fluctuante.

La partie antérieure de l'aisselle est tuméfiée. Quand on lève le bras, la tumeur devient encore plus saillante, dure comme une pierre, et on ne sent pas de fluctuation, à moins d'exercer une forte pression. Dans l'aisselle, la capsule de l'articulation ne semble pas tendue. Si l'on presse sur la tête de l'humérus, cette pression n'est pas douloureuse. La peau n'est pas rouge, et les ganglions ne sont pas tuméfiés. Quand on lève le bras, au moment où l'on atteint la position horizontale, on est légèrement arrêté,

On ponctionne la tumeur, et il sort 25 centimètres cubes d'un liquide jaune, filant, qui contient une grande quantité de corps riziformes. Injection iodée et compression.

5 octobre. — On sent encore des grains riziformes ; nouvelle injection de teinture d'iode avec la seringue de Pravaz, sans vider le contenu.

22 octobre. — Incision d'un centimètre. Il s'écoule 50 centilitres d'un liquide jaune, sans grains riziformes. Injection de teinture d'iode.

31 octobre. — Le patient quitte l'hôpital, la tumeur est toujours perceptible mais a diminué de moitié.

#### OBSERVATION XVII

*Hygroma à grains riziformes.* Bilhaut. (Résumée).

Mademoiselle M... se présente à ma consultation le 20 novembre 1891.

Comme antécédents, elle a été prise à l'âge de 5 ans, d'une adénite cervicale, qui a suppuré longtemps. A 12 ans elle eût une coxalgie, et resta 18 mois dans une gouttière de Bonnet ; malgré cela elle marche sans trop de gêne.

Elle vient pour une douleur de l'épaule qui date de trois mois.

La région de l'épaule gauche est le siège d'un gonflement peu douloureux à la pression. La tuméfaction est surtout accentuée en avant, au-dessous de l'acromion. En ce point, la peau est tendue, luisante, sans élévation de température, sa coloration est normale ; cependant les veines superficielles ont acquis un développement exagéré. La tumeur est molle, et

fluctuante. Si l'on imprime à l'articulation des mouvements passifs, on n'y trouve aucun craquement, pas la moindre raideur articulaire. Si la malade élève le bras, la tumeur devient dure ; elle semble même diminuer légèrement de volume.

Il est impossible de reconnaître la nature du liquide. Après avoir enfoncé un trocart dans la poche, je pratique une incision, qui donne issue à un liquide marron, foncé en couleur, contenant de gros grains riziformes. Suture de la plaie par le trocart, j'injecte 60 grammes d'huile iodoformée. L'examen du liquide et des grains riziformes dénote la présence de bacilles de Kock.

Au bout de 3 mois, l'opérée était à peu près dans le même état.

Le 3 avril 1892. — Incision de cinq centimètres. Je trouve de nombreux grains riziformes, je curette les parois et les badigeonne avec la solution de chlorure de zinc à 10 0/0. Drainage. Pansement.

Au bout d'un mois la guérison était parfaite

Aujourd'hui, les mouvements de l'articulation sont absolument normaux.

Il n'y avait d'ailleurs aucune communication avec l'articulation.

#### OBSERVATION XVIII.

##### *Hygroma à grains riziformes. Landow.*

W..., Jones, 13 ans, admis le 25 janvier 1888. Aurait été malade de la poitrine. Pas d'autres affections.

Il y a 4 semaines, il s'aperçoit d'un gonflement sur le devant

de l'épaule gauche, développé sans cause, et qui a grossi depuis sans produire de désordres notables,

A la partie antéro-interne de l'épaule, tumeur arrondie, grosse comme un œuf de poule, nettement fluctuante, située sous le deltoïde. Pas de sensibilité à la pression. Crépitation particulière dans la tumeur lors de certains mouvements. Nulle part d'indice d'une affection articulaire.

Le 29 janvier. — Incision, il sort un liquide trouble, et environ 200 grains riziformes, arrondis, opaques, de la grosseur d'un œuf de fourmi, à un volume double ; par places agglomérées en amas. Ils ne viennent pas de la jointure, mais de la bourse sous-delloïdienne très distendue. La paroi de cette bourse est très épaisse, colorée en rouge grisâtre, recouverte de nombreux grains riziformes plus ou moins adhérents.

On ne découvre pas de tubercules à l'œil nu ; pas de communication avec l'articulation. Drainage. Suture.

La cicatrisation est complète le 10 février.

Examen histologique ne laisse aucun doute sur l'existence de la tuberculose.

#### OBSERVATION XIX (inédite).

##### *Hygroma à grains riziformes.*

L... Alph., ménagère, âgée de 23 ans, entre le 8 juin 1898, à l'hôpital Saint-Louis.

Les antécédents héréditaires sont nuls. Il y a trois ans, la malade a fait une chute sur l'épaule, le bras étant engagé sous le corps ; elle prétend qu'il s'est produit une luxation, qui

aurait été réduite par un rebouteur. Depuis cet accident, la malade n'a cessé de souffrir de son bras ; et a eu plus ou moins de difficultés à s'en servir .

Au mois d'avril dernier, elle fut atteinte d'une pleurésie du côté gauche, probablement bacillaire ; car elle toussait depuis quelque temps surtout le matin, et avait des sueurs nocturnes. Malgré cela, elle n'a jamais craché de sang, et n'est pas amaigrie.

Au mois de mai, les douleurs de l'épaule augmentèrent considérablement ; les mouvements devinrent de plus en plus difficiles, et la malade s'aperçut que son épaule augmentait de volume. Cette tuméfaction se faisait d'ailleurs lentement, et progressivement.

*Examen.* — A l'inspection, le moignon de l'épaule présente une déformation notable. Son volume est augmenté, et il est manifestement renflé, surtout dans la région antéro-externe. La peau, normale, ne présente aucune altération. La tuméfaction est manifestement sous deltoïdienne, et la fluctuation y est évidente.

La collection, doublant la face profonde du deltoïde, entoure presque complètement l'articulation scapulo-humérale. En recherchant la fluctuation dans cette poche, à deux ou trois reprises, on sent une crépitation bien nette.

L'articulation de l'épaule est douloureuse, elle se meut péniblement, et le bras ne peut dépasser l'horizontale. Lorsqu'on cherche à mobiliser cette articulation, on s'aperçoit que l'omoplate et l'humérus se meuvent ensemble.

*Opération.* Le 15 octobre 1898, M. le Dr Legueu pratique l'opération. Une incision longue, menée sur la partie antéro-externe de l'épaule, depuis l'acromion jusqu'au bord inférieur

du deltoïde, permet d'ouvrir la bourse séreuse sous-deltoïdienne.

De celle-ci s'échappe un liquide séreux, et une grande quantité de grains hordéiformes. La paroi de la bourse est épaissie ; elle a au moins deux centimètres d'épaisseur. Elle est disséquée dans toute son étendue, et séparée de la capsule articulaire à laquelle elle adhère partout. Les adhérences se laissent sectionner aux ciseaux, et la capsule n'est pas ouverte. Suture du muscle deltoïde avec drainage sous deltoïdien, puis suture de la peau.

La bourse séreuse enlevée a une épaisseur beaucoup plus grande ; elle est malgré cela souple. Sa surface interne présente en dedans des végétations arborescentes en plusieurs points. D'ailleurs elle est légèrement irrégulière. Les grains qui baignaient dans le liquide, sont beaucoup plus gros que les grains de riz ; ils ont au moins le volume et presque la forme de grains de café. Leur couleur est jaunâtre, et leur tissu résistant.

La cicatrisation se fit par première intention et la malade sortit trois semaines après.

### *Histologie.*

Nous adressons ici nos plus sincères remerciements à M. le Dr Meslay, qui a bien voulu nous communiquer le résultat de son examen.

La pièce a été fixée à l'alcool et incluse au collodion. Les coupes ont été colorées à l'hématoxyline-éosine et montées en baume.

La préparation porte sur toute l'épaisseur de la paroi de la

poche. On y voit en dehors une bande de tissu fibreux fasciculé, large de 1 millimètre environ, renfermant en plus des faisceaux de tissu connectif, des noyaux de tissu conjonctif allongés. Les vaisseaux sont assez nombreux; ce sont des vaisseaux à paroi musculaire et fibreuse, qui s'entourent de noyaux inflammatoires, sous forme d'îlots bien délimités. Plus en dedans, on trouve le même tissu fibreux, mais avec une quantité considérable de noyaux inflammatoires, qui vers la partie interne de cette zone forment une nappe continue. Au niveau se dessinent de nombreux follicules tuberculeux : les plus typiques ont au centre une large cellule géante, dont le milieu est rempli de caséum, avec une bordure nucléaire très nette. Autour s'étalent des cellules épithélioïdes, et en dehors, une bordure de cellules embryonnaires, rondes, en couronne. Dans quelques-uns on ne voit pas la cellule géante, mais seulement du caseum au centre, des cellules épithélioïdes, et des noyaux embryonnaires; à la périphérie de plusieurs de ces nodules, on voit des noyaux allongés de tissu conjonctif qui encerclent ces nodules tuberculeux d'une zone fibreuse, comme dans les tubercules à régression fibreuse. Cette zone tuberculeuse occupe les  $\frac{2}{3}$  de la largeur de la coupe. Dans l'intervalle de ces follicules, s'étendent des bandes de tissu fibreux infiltré qui entourent ces nodules de façon à les grouper en îlots de 2 à 3 follicules; ce tissu intermédiaire s'infiltré de plus en plus au fur et à mesure qu'on se rapproche davantage de la surface interne; en un point on ne voit plus que des noyaux inflammatoires en placards, disséminés autour de capillaires embryonnaires, remplis de globules rouges.

Puis, toujours en progressant de dehors en dedans, on voit les noyaux qui se colorent de moins en moins, et ceux qui

restent nets se perdent en flots au milieu d'une substance d'aspect caséeux, vitreux. Tout à fait à la limite interne, cette substance granuleuse, qui prend seulement l'éosine, constitue toute la structure de la coupe, sans aucun noyau à son intérieur ; cette surface rose forme une bande à ce niveau, bande découpée de laquelle se détachent deux prolongements bien nets, elliptiques, ayant comme un pédicule prêt à se sectionner. Par le violet de gentiane et décoloration au Weigert, on retrouve là des fibrilles de fibrine assez nombreuses.

Les coupes ont porté sur deux points de la poche, elles sont identiques en ces deux points ; il s'agit d'une simple différence d'épaisseur, mais les trois zones fibreuses, tuberculeuse, et caséo-vitreuse s'y retrouvent.

Quant aux grains riziformes, six ont été inclus ensemble et coupés. Coloration à l'hématoxyline éosine. On n'y voit que des amas d'une substance caséuse colorée en rose, grenue par places ; surtout vers les bords se dessinent les figures de deux ou trois cellules accolées, dont on voit le corps protoplasmique, mais dont le noyau ne se colore pas.

## CONCLUSIONS

1° La bourse séreuse sous-deltoïdienne peut être le siège d'inflammations aiguës ou chroniques, mais ces affections sont rares.

2° L'hygroma sous-deltoïdien aigu est séreux ou supuré. Des variétés chroniques, l'hygroma tuberculeux est le plus intéressant, et par sa fréquence, et par les lésions secondaires qu'il peut produire dans l'articulation scapulo-humérale.

3° Ces hygromas se traduisent cliniquement par un ensemble de phénomènes frappants par leur uniformité, dont les plus caractéristiques sont : la présence d'une tumeur molle, fluctuante, nettement localisée, que l'on sent interposée entre le muscle deltoïde, et la tête de l'humérus ; et la difficulté des mouvements d'abduction du bras.

4° Avec les caractères symptomatiques que nous avons essayé de mettre en relief, nous croyons que le diagnostic sera le plus souvent facile. Il devra être discuté à propos de la plupart des tumeurs de l'épaulé.

---

Vu : le Président de la thèse

GUYON

Vu par le Doyen de la Faculté

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

## BIBLIOGRAPHIE

- BESNARD. — Thèse de Bordeaux, 1887.
- BILHAUT. — Annales d'orthopédie et de chirurgie pratiques.  
Paris, 1892.
- DELORME. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1894.
- GAUTHIER. — Thèse de Paris, 1875.
- GOSSELIN. — Leçons de Clinique, tome III.
- HELPERICH. — Aertzliches Intellig Blatt. Munich, 1880.
- JARJAVAY. — Gazette des Hôpitaux, 1868.
- KOTTMANN. — Corresp. Bl. f. schweiz. Aertz. VI année.
- LANDOW. — Archiv. fur klinische Chirurgie, 1894.
- LEJARS. — Revue de la Tuberculose. Paris, 1893.
- MASSEREL. — Thèse Giessen, 1864.
- STANLEY. — Medical Times et Gaz. London, 1853.
- ROBERT. — Conférences de Clinique chirurgicale. Paris, 1860.
- SYDNEY JONES. — The Lancet, 1869.
- TUSZEWSKY. — Thèse Greifswald, 1878.
- VADON. — Thèse de Montpellier, 1880.
- VOGT. — Deutsche Chir, Lief, 1864.
- WALDENSTRÖM. — Deutsche Klinik. Stuttgart, 1874.
- WIDAL. — Gazette hebdomadaire de Médecine. Paris, 1896.



